

la fuerte dependencia de estos con la conducta. También han de hacerlo para ocuparse del importante porcentaje con cierto grado de **limitación de sus actividades escolares o deportivas debido a enfermedades crónicas**

El desarrollo tecnológico y los progresos científicos aplicados a niños con patología compleja hace que alcancen la adolescencia y la edad adulta. La utilización de los servicios sanitarios por este tipo de adolescentes es, obviamente, mas alta. La repercusión sobre "la salud familiar" en el caso de **adolescentes tecnológicamente - dependientes** es un factor de relieve a tener en cuenta. Preparación no menos exigente para los considerados **adolescentes en riesgo**, es decir aquellos que participan en una **serie de conductas de alto riesgo** (huir del hogar, vivir en las calles, abandonar la escuela, mantener actividad sexual precoz, consumir drogas o tener conducta antisocial) que comprometen su salud física y mental.

Una gran parte de los adolescentes que abandonan el hogar buscan la solución a una situación intolerable, por lo general como resultado de **una familia sumamente disfuncional** (desavenencia conyugal, tensión familiar, conducta antisocial del adolescente). Estos adolescentes con deficiente base educacional y sin experiencia laboral recurren a actividades ilícitas para sobrevivir. Para continuar sobreviviendo y satisfacer sus necesidades físicas básicas, alrededor de dos tercios participan en actividades ilegales como tráfico de drogas, sexo de supervivencia, pornografía, hurtos y robo con violación de propiedad o robo a mano armada.

Si bien es cierto que la adolescencia tiene numerosos y heterogéneos "problemas de salud", no lo es menos que nos encontramos ante una etapa de las de menor morbimortalidad. En ella, más importancia que los aspectos puramente biológicos, influyen los comportamientos y hábitos que implican factores de riesgo para la salud.

Como reflexión final presentamos la opinión de McAnarney, Kreipe, Orr y Comerci al afirmar que existen cuatro áreas que requieren especial atención para el pediatra:

1. El efecto que ejerce el desarrollo del adolescente en la homeostasis familiar: distanciamiento emocional del adolescente respecto a su familia como preparación para lograr su independencia, el llamado "distanciamiento emocional de la pubertad".

2. Las implicaciones para el desarrollo cognoscitivo.

3. Las implicaciones para el desarrollo de la personalidad.

4. El reconocimiento de los factores de riesgo en los años previos a la adolescencia.

Este IV Curso de Excelencia, recogiendo el sentir del pediatra que inicia del siglo con grandes inquietudes, encuadra adecuadamente su temática con la presentación de conocimientos y experiencias precisos para el eficaz acercamiento a los sobresalientes aspectos de la adolescencia

BIBLIOGRAFÍA

1. Bueno G. Adolescencia: Antropología comparada. En: Segovia de Arana JM, Mora Teruel F. Sociopatología de la adolescencia. Madrid: Farmaindustria. Serie Científica; 1998. p. 23-56.
2. Crespo M. Pediatría 1997, en la frontera de dos siglos. (Cambios necesarios en el quehacer y el enseñar). Oviedo: Real Acad. Medicina Ast. y León; 1997.
3. Crespo M. Morbilidad prevalente en la adolescencia. Antiguas y nuevas enfermedades. En: Segovia de Arana JM, Mora Teruel F. Sociopatología de la adolescencia. Madrid: Farmaindustria. Serie Científica; 1998. p. 135-164.
4. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). American Medical Association. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
5. Galdó G. Adolescencia. En: Crespo M, Brines J, Jiménez R. Cruz Compendio de Pediatría. Barcelona: Espaxs; 1997.
6. McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Comerci GD. Medicina del adolescente. Bogotá: Panamericana; 1994.
7. Segovia de Arana JM, Mora Teruel F. Sociopatología de la adolescencia. Madrid: Farmaindustria. Serie Científica; 1998.

2. NUEVAS ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

G. Castellano Barca

C.S. La Vega-Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

RESUMEN

La población española adolescente representa el 17% de la población total frecuentando la consulta menos de lo deseable, al menos una vez al año, debido a la estimación errónea que tienen acerca de su salud, y a las carencias asistenciales, ya que la consulta tradicional resuelve los problemas orgánicos pero no es aceptada por los adolescentes

para los problemas psicosociales, mentales, familiares o los relacionados con el consumo de sustancias tóxicas, legales e ilegales. Entre los motivos aducidos para no acudir a la consulta tradicional figuran los burocráticos, tiempo escaso, consultas compartidas con niños o adultos y dudas sobre el mantenimiento de la confidencialidad e intimidad.

Proponemos la creación de otros modelos de consulta, en el ámbito público o privado, salvando los inconvenientes mencionados y teniendo en cuenta el acondicionamiento específico de sala de espera, de exploración y despacho, personal idóneo y tiempo de consulta adecuado.

Es necesaria una formación académica en problemas de la adolescencia, así como la creación de Unidades de Hospitalización para Adolescentes, consultas externas como Consulta Joven o Clínica Escolar para Adolescentes, Unidades de Salud Mental Infanto - Juveniles y Programas de Educación para la Salud de los Adolescentes en centros escolares supervisados por el pediatra. Algunas de estas estructuras son más operativas si están situadas en la órbita asistencial de los Centros de Salud.

Palabras clave: Consulta; Adolescentes; Escuela; Joven; Programa; Educación; Salud.

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes representan el 17% de la población española y entre los 12 y 19 años de edad debieran acudir a la consulta médica al menos una vez al año, aunque ésta no tenga siempre carácter exploratorio-diagnóstico, ya que el conocimiento previo permite en muchas ocasiones ejercer a modo de asesoría sanitaria con buenos resultados.

Los motivos de consulta varían en nuestra experiencia según se trate de un consultorio organizado al modo tradicional, o específico para este grupo de edad, y así mientras que en el primer caso los problemas giran en torno a la patología orgánica con leves apuntes de otro tipo, en el caso de la consulta específica, los primeros lugares son ocupados por cuestiones relacionados con la sexualidad, salud mental, y drogas legales e ilegales. Estos hechos, constatados por otros autores, revelan que es necesaria otro modelo de atención sanitaria integral⁽¹⁾.

Por otra parte es evidente que la asistencia pediátrica hasta la pubertad es óptima en nuestro país en la actuali-

dad, y que sobre este grupo recayeron siempre los esfuerzos para mejorar la calidad, lo que no se ha producido en la etapa adolescencia-juventud.

En la sociedad actual se producen hechos de magnitudes no conocidas hasta ahora como el desarrollo tecnológico y de los medios de comunicación, la creciente incorporación de la mujer al mundo del trabajo, las crisis familiares y la supeditación frecuente de los valores éticos y humanos a los económicos.

Una aportación más a la situación actual la ofrece J. Elzo en la obra "Jóvenes Españoles 99", y en la que aun admitiendo que si alguna característica es inherente a la juventud esta es la pluralidad, establece una tipología de los adolescentes basada en hechos estadísticos. Según este autor pueden establecerse cinco grupos fundamentales en el total de la población española juvenil: altruista-comprometido (12,22%), retraído-social (28,3%), institucional-ilustrado (29,67%), libre-disfrutador (24,68%) y por último antiinstitucional (5%).

¿QUÉ ESPERAN LOS ADOLESCENTES DEL MÉDICO?

Es probable que las conclusiones elaboradas en 1992 por un grupo de adolescentes en la Reunión Anual de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente sigan siendo validas:

- Que nos comprenda y podamos confiar en él.
- Que nos dedique tiempo suficiente.
- Que nos ayude a enfrentarnos a las depresiones.
- Que sea accesible.
- Que conozca nuestro ambiente.
- Que sepa analizar nuestros problemas.
- Que la consulta sea seria y personalizada.
- Que la consulta esté cerca del adolescente y del joven.

UN POSIBLE MODELO ASISTENCIAL

La OMS define a la adolescencia como el periodo comprendido entre 10 y 19 años de edad, al final de los cuales se habrán conseguido tres hitos claves en el desarrollo⁽²⁾:

- Maduración sexual (procreación).
- Maduración psicológica (identificación).
- Maduración social (independencia).

Para atender debidamente al adolescente en su desarrollo hacia la etapa adulta se precisan unos requisitos:

1. Formación académica en medicina del adolescente en pregrado y postgrado.
2. Formación de profesionales que puedan liderar futuros equipos asistenciales.
3. Unidades de Hospitalización para Adolescentes, separadas de niños y adultos.
4. Promoción de la investigación y de los conocimientos en esta área.
5. Consultas externas según modelo que expondremos mas adelante

UNIDADES PARA ADOLESCENTES

1. Hospitalarias

A nivel terciario son la referencia que coordinaría la docencia y la investigación, además de prestar la asistencia sanitaria. Contarán con Hospital de día para ciertas patologías médicas, quirúrgicas o mentales.

2. Extrahospitalarias

Son más operativas que las hospitalarias⁽³⁾ y pueden ubicarse en Centros de Salud, Sociedades de Seguro Libre o Consultorios Privados, coordinadas por un pediatra experto, que podrá solicitar la ayuda de otros profesionales.

En estas consultas existirá siempre la posibilidad de atender a un paciente en el mismo día que lo solicite para lo cual se reservará un turno. La sala de espera será adecuada con la decoración apropiada⁽⁴⁾ a esa edad con folletos informativos y pósters apropiados.

El despacho permitirá el acomodo del médico, adolescente y posibles acompañantes. Existirá un biombo y/o apartado para que pueda desvestirse, así como alguna prenda sanitaria. Es imprescindible la presencia de enfermera o auxiliar en algún momento de la exploración, salvo opinión expresa en contra, con el fin de evitar posibles imputaciones o malas interpretaciones.

La primera visita durará de 30 a 40 minutos si bien puede facilitarse rellenando previamente cuestionarios existentes que permiten una completa cumplimentación de los datos necesarios. Escapan a esta exposición las consideraciones sobre técnicas de entrevista y enfoque clínico.

TIPOS DE CONSULTA

1. Consulta tradicional

Es mal aceptada por la escasez de tiempo, por compartir sala de espera y despacho con niños y/o adultos y porque consideran que no se garantiza la confidencialidad e intimidad.

2. Consulta joven

Es la más adecuada. Situada en lugar diferente a la consulta pediátrica y a ser posible en una zona del Centro de Salud poco transitada cumple los requisitos necesarios. Además de los motivos de consulta ya mencionados se ocupará también de vacunas, alimentación, supervisión médica deportiva u otros temas sugeridos.

3. Clínica escolar para adolescentes

Nacieron en EE.UU. entre 1960 y 1970 en los Centros de Enseñanza Media y Profesional para frenar el deterioro físico, mental y social que sufrían los jóvenes⁽⁵⁾. Se realizan exámenes para detección de problemas, y seguimiento y tratamiento de las patologías existentes, de común acuerdo con su médico. En nuestro país este tipo de asistencia pudiera no ser necesaria ya que entendemos que es más fácil instaurar una red de Consulta Joven aprovechando la excelente infraestructura de los centros de salud.

4. Unidades de salud mental infanto-juvenil

Son absolutamente necesarias dada la elevada prevalencia de problemas mentales y emocionales. Actualmente están en fase de expansión.

REFLEXIONES

Cualquier tipo de consulta debe atender la salud del adolescente de forma integral no propiciando la idea de que su actividad se centra principalmente en sexualidad-reproducción o drogas legales ilegales. Además, deben tener una fácil comunicación con las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de forma que se puedan realizar interconsultas entre médicos o se pueda hacer una derivación rápida si el caso lo requiere. En este sentido nuestra experiencia es muy positiva, ya que hemos conseguido un acuerdo con nuestra Unidad de referencia que hace muy fluida la relación.

Por otra parte hay que reseñar que la Consulta Joven, o en su defecto la Clínica Escolar de Adolescentes, son dos pilares básicos en la moderna atención integral y se diferencian de los clásicos Servicios de Salud Escolar en que en aquellas no solo se hace detección de problemas sino también seguimiento y tratamiento, aportando un enfoque global en educación y atención sanitaria.

Recordemos a modo de ejemplo que la Academia Americana de Pediatría incluye entre las actividades del pediatra tareas impensables hasta hace poco tiempo como la prevención de la violencia, y que su papel como asesor sanitario-social será cada vez más importante en una sociedad cambiante, en la que es necesario fomentar el desarrollo de los factores protectores, de la resiliencia, como medio para evitar importantes conflictos en los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elster AB, Kuznets NJ. Fundamentos y recomendaciones: prestaciones de servicios sanitarios a los adolescentes. Guía de la AMA Para Actividades Preventivas en el adolescente (GAPA). Madrid: Díaz de Santos; 1995.
2. Navarro González J. Estudio sobre la situación actual y posibilidades futuras de la asistencia al adolescente. *An Esp Pediatr* 1996; Supl. 80: 69-70.
3. Brañas Fernández P. Unidad de Formación Insalud y SCCALP. Santander 1996.
4. Sam Yancy W. Práctica en el consultorio. Medicina del adolescente. Mc Anarney, Kreipe, Orr, Comerci. Edit. Panamericana; 1994. p. 186-189
5. Kaplan AW. Centros de Salud escolares: Atención Primaria en la escuela secundaria. MTA Pediatría, vol XVII. nº 8.

3. INTERVENCIÓN EN LA SEXUALIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE

Félix López Sánchez

Catedrático de Psicología de la Sexualidad. Universidad de Salamanca

INTRODUCCIÓN

En nuestras dos ponencias vamos a exponer de forma muy breve los principales conocimientos de la sexualidad

infantil y adolescente poniendo el énfasis en la intervención. Para ello indicaremos los principales problemas que pueden plantearse en cada una de estas etapas y ofreceremos consejos para padres, educadores y profesionales.

SEXUALIDAD INFANTIL PREPUBERAL

Estudios realizados

Aunque algunos aspectos de la sexualidad infantil, como la adquisición de la identidad sexual y el rol de género, han sido muy estudiados (López 1988; Fernández, 1996), otros aspectos como las conductas sexuales infantiles han sido y siguen siendo muy poco investigados. Las razones de esta ausencia de estudios son numerosas, pero queremos destacar dos de ellas: estamos en una cultura que niega la existencia de la sexualidad infantil por considerar peligrosas sus manifestaciones y hay dificultades éticas para estudiarlas de manera experimental, a través de observaciones o a través de preguntas directas a los menores.

De hecho, los pocos estudios que se han realizado tienen numerosas limitaciones:

a) Los estudios psicoanalíticos, a partir de recuerdos reelaborados en situación de análisis, permitieron descubrir la existencia de la sexualidad infantil y su posible importancia para el resto de la vida, pero se basan en presupuestos discutibles, como el complejo de Edipo o el periodo de latencia y, en todo caso, nos ofrecen datos de sujetos clínicos.

b) Los estudios antropológicos, como los de Malinowski, tienen la ventaja de basarse en observaciones de conductas hechas en un contexto natural y sin prejuicios pero pertenecen únicamente a algunas culturas. Nos indican más cómo podría ser la sexualidad infantil, si se dieran ciertas condiciones, que cómo es entre la mayoría de los pueblos actuales (Malinowski, 1929).

c) Los datos obtenidos a través de cuestionarios o entrevistas de muestras de la población no clínica, como los obtenidos por Kinsey y Ramsey tienen la ventaja de ofrecernos datos no clínicos, ofrecidos por los propios actores de las conductas, pero plantean problemas sobre la veracidad de la memoria y sobre el verdadero significado de estas conductas (Broderick, 1973; Kilpatrick, 1992; Kinsey, 1948, 1953; López, del Campo, Guijo, Palomo, 1997; Ramsey, 1943).

d) El uso de los padres (Friedrich, Grambsch, Brough-